



**OBECNÝ ÚRAD SMOLENICE**  
**Ul. SNP 52, 919 04 Smolenice**



Obec Smolenice  
Odd. sociálnych služieb  
SNP 52  
919 04 Smolenice

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu -**

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

**I. údaje o žiadateľovi**

Meno, priezvisko: ..... Rodné priezvisko: .....

Dátum narodenia: ..... Miesto narodenia: .....

Rodinný stav: ..... Štátne občianstvo: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Kontaktná adresa: ..... č. t. ....

**II. Druh sociálnej služby**  
(vyznačiť podčiarknutím)

Opatrovateľská služba  
Prepravná služba  
Zariadenie pre seniorov  
Denný stacionár

**III. Forma:**

ambulantná  
terénna  
pobytová

**IV. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony**

Meno a priezvisko : ..... adresa: .....

Číslo telefónu: ..... e-mail: .....

**V. Rodinní príslušníci žiadateľa**

a/ Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

*Meno, priezvisko*

*príbuzenský pomer, kontakt (č. t.)*

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

b/ Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:

*Meno, priezvisko*

*príbuzenský pomer*

*trvalý pobyt  
kontakt (č.t.)*

.....  
.....  
.....

#### **VI. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa:**

Druh dôchodku: ..... Výška dôchodku: .....

Iný príjem : .....

Finančné úspory, vklady: .....

Nehnutel'ný majetok: .....

#### **VII. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov žiadateľa:**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z.

**Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé.**

V Smoleniciach dňa.....

.....  
podpis žiadateľa/zákonného zástupcu

#### **Prílohy:**

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa

Potvrdenie o výške príjmu žiadateľa

Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony, doložiť kópiu „Listina o ustanovení opatrovníka“

**Lekársky nález**  
**na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

**Meno a priezvisko:** .....

**Dátum narodenia:** .....

**Bydlisko:** .....

**I. Anamnéza:**

a) osobná: (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu)

b) subjektívne ťažkosti:

**II. Objektívny nález:**

Výška:	Hmotnosť:	BMI: (body mass index)	TK: (krvný tlak)	P: (pulz)
--------	-----------	---------------------------	---------------------	--------------

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy kontinencie:

## **II. A\***

**Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená :**

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA,
- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea,
- pri hypertenzii stupeň podľa WHO,
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria,
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ,
- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
- pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

---

\*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

## **II. B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

- a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTg nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

---

\*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

### III. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V ..... dňa .....

.....  
podpis lekára, ktorý lekársky nález  
vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

#### Poznámka:

Zdravotné výkony na účely zákona č. 448/ 2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 80 písm. u) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné úkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

#### Vyjadrenie žiadateľa:

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho posudku na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý (á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V ..... dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka),  
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu